Ueber tuberkulöse Hernien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesammten Medizin, der Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Franz Eichner,
appr. Arzt aus Ingolstadt.

München 1897.
Pössenbacher'sche Buchdruckerei (Franz & Klöck).

Ueber tuberkulöse Hernien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesammten Medizin, der Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

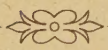
der

Königl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Franz Eichner,

appr. Arzt aus Ingolstadt.



München 1897.

Pössenbacher'sche Buchdruckerei (Franz & Klöck).

Referent: **Herr Obermedizinalrath Prof. Dr. Angerer**

Seinen lieben Eltern in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Literaturangabe.

Bruns, Tuberculosis herniosa, »Beiträge zur klinischen Chir.« 1892.

Tenderich, Ueber die Tuberkulose der Hernien, »D. Zeitschrift f. Chir.« 1895.

Ueber tuberkulöse Hernien.

Eine ebenso interessante, als bisher wenig beobachtete Erscheinung ist die Tuberkulose bei den Hernien. Dieselbe wurde zuerst von Cruveilhier, einem französischen Chirurgen, beobachtet und von Lejars nebst sechs anderen derartigen Fällen beschrieben (1889). Wenige Jahre später, im Jahre 1892, wurden durch Jonnesco vier weitere Fälle bekannt, die sich in demselben Jahre noch durch eine Mittheilung von Phocas um einen vermehrten. In England wurden zur nämlichen Zeit zwei dieser Krankheitserscheinungen durch Southam und ebenfalls zwei in Italien durch Remedi mitgetheilt.

In Deutschland war es zunächst Bruns, der Gelegenheit hatte, in seiner Klinik einen derartigen Fall zu beobachten und die hiebei gemachten Erfahrungen unter dem Titel »Tuberculosis herniosa« in den »Beiträgen zur klinischen Chirurgie« im Jahre 1892 veröffentlichte. Seiner Mittheilung folgte eine weitere durch den Baseler Chirurgen Haegler. In der jüngsten Zeit vermehrte sich die Anzahl der tuberkulösen Hernien durch Mittheilungen von Beobachtungen an der Greifswalder Klinik um drei, so dass vor Kurzem noch ihre Gesammtzahl 22 betrug. Der jüngste Fall nun kam im Sommersemester 1896 an der Münchener chirurgischen Klinik, durch meinen hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Angerer, durch dessen Güte mir die Veröffent-

lichung desselben überlassen wurde, zur Vorstellung und Operation.

Betrachtet man zunächst die Krankengeschichte der einzelnen Fälle, insoweit diese bekannt ist, so findet man Folgendes:

1. Der Bruchsack, sowie das Bauchfell eines mit einem Leistenbruche behafteten Mannes sind mit zahlreichen Tuberkeln besetzt (Cruveilhier).

2. Der Bruchsack eines Schenkelbruches, der mit seröser Flüssigkeit angefüllt ist, ferners das Bauchfell weisen zahlreiche tuberkulöse Knötchen auf (Cruveilhier).

3. Bei einem alten Mann, der einen doppelten Leistenbruch hatte und an Kehlkopftuberkulose und Miliartuberkulose der Lungen starb, war der Bruchsack und die darin befindlichen Theile des Mesenteriums allein mit miliaren Tuberkeln besetzt (Cruveilhier).

4. Puech beobachtete einen Fall von Ovarialhernien, bei welchem die Ovarien tuberkulös entartet waren. Genauere Mittheilungen sind nicht vorhanden.

5. Hayem berichtet von einer, ohne besondere Schmerzen verlaufenden tuberkulösen Entzündung eines Bruchsackes. Bei der Autopsie jedoch zeigte es sich, dass der Bruchsack durch zahlreiche Zwischenwände in vielfache Abtheilungen getheilt war.

6. Bei einem 25jährigen Phthisiker, dessen beide Lungenspitzen infiltrirt waren, waren Erscheinungen von Peritonitis und Einklemmung in einem rechts sich befindlichen Leistenbruche, der seit 10 Jahren bestand, aufgetreten. Zwei Tage nachdem die Herniotomie gemacht wurde, starb der Kranke. Bei der Autopsie fand man, dass die Darmschlingen und der Bruchsackhals tuberkulös infiltrirt waren, woraus sich die Ursache für die Peritonitis ergab (Brissaud).

7. Ein 5jähriger Knabe hatte einen rechtsseitigen Leistenbruch; in Folge Auftretens von Einklemmungserscheinungen musste die Herniotomie gemacht werden; hiebei fand man als Bruchinhalt Netz, das mit Tuberkeln besät war. Dasselbe wurde abgetragen und die Wunde geschlossen. 22 Monate später liess sich am Knaben keine tuberkulöse Affektion mehr nachweisen (Largeau).

8. Eine 38 Jahre alte Frau, bei der sich eine geringe Affektion der Lungen nachweisen liess, musste sich wegen eines drei Wochen alten Schenkelnetzbruches einer Radikaloperation unterziehen; hiebei zeigte sich das Netz tuberkulös entartet. Heilung erfolgte.

9. Operation einer mit Lungentuberkulose behafteten, 40 Jahre alten Frau wegen Einklemmungserscheinungen eines seit Langem bestehenden rechtsseitigen Schenkelbruches. Hiebei zeigte sich der Bruchsack mit zahlreichen Tuberkeln besetzt; Heilung der Operationswunde (Lejars).

10. Bei der Autopsie eines alten Mannes mit Miliartuberkulose fand sich im linksseitigen Leistenbruch ein dichtgedrängter Ring von tuberkulösen Granulationen am Bruchhals (Quinon).

11. Jonnesco berichtet von einem 21 Jahre alten Mann mit einem seit einem halben Jahre bestehenden, doppelseitigem, reponiblen Leistenbruch. Der Bruchsack des rechten ist verdickt. Es entleert sich bei der Operation aus dem Bruchsack und aus der Bauchhöhle eine grössere Menge gelblicher Flüssigkeit. Der untere Theil des Bruchsackes ist rauh und verdickt, während die oberen Parthien desselben, sowie der Bruchinhalt normal sind. Bei der histologischen Untersuchung findet man, dass die Rauhigkeit von Tuberkelknötchen herrühre. Ein Jahr nach der

Operation ergibt eine Untersuchung des Operirten vollständige Gesundheit.

12. Bei einem 7jährigen Knaben wurde eine rechtsseitige Hydrocele operirt. Bei der Operation fand sich der Hydrocelensack mit Tuberkeln übersät, während sich aus der Bauchhöhle etwa $^1/_2$ Liter seröser Flüssigkeit entleerte, die Tuberkelbazillen enthielt. Der Hydrocelensack wurde exstirpirt. Zwei Monate später musste sich der Knabe einer Laparotomie unterziehen wegen tuberkulöser Peritonitis mit Ascites; $^1/_2$ Jahr hierauf starb der Knabe an Miliartuberkulose (Phocas).

13. Bruns berichtet von einem 52 Jahre alten, mit Lungentuberkulose und tuberkulöser Pleuritis behafteten Mann, der seinen 25 Jahre alten, rechtsseitigen Leistenbruch seit vier Monaten nicht mehr zurückschieben konnte. Vor zwei Monaten waren auch heftige Schmerzen und Geschwulstbildung am rechten Skrotum aufgetreten. Bei der Untersuchung fühlte man in der rechten Skrotalhälfte, die sehr schlaff war, einen fingerdicken, derben Strang, der sich bis in den Leistenkanal verfolgen, aber nicht reponiren liess. Dieser Strang bildete im Skrotum eine gänseeigrosse, prall gespannte, fluktuirende, nicht transparente Geschwulst, die sehr druckempfindlich war und deren Wandung stellenweise verdickt, derb und uneben. Eine Probepunktion ergab käsigen Eiter, der Tuberkelbazillen enthielt. Der Hoden lag frei unterhalb der Geschwulst. Beim Husten trat Vergrösserung der Geschwulst auf.

Bei der Operation fand sich in der oberen Hälfte des normalen Bruchsackes Netz, das die grossknotige chronische Form der Tuberkulose des Netzes aufwies, während in den unteren Parthien des Bruchsackes eine durch Verwachsung abgesackte käsige Höhle vorhanden war. Diese Höhle war

die oben erwähnte, prall gespannte, fluktuirende Geschwulst, tuberkulöses Netz der derbe, fingerdicke Strang. Der Bruchsack war nur an der Uebergangsstelle zum Tumor mit Tuberkeln besetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ebenfalls Tuberkulose. Bei der Operation wurden der ganze Bruchsack, das sich als derber Strang fühlbar machende Stück Netz, sowie nach Unterbindung des Samenstranges auch der Hoden entfernt, worauf nach 10 Tagen Heilung eintrat.

14. Bei einem 19jährigen Schlosser zeigte sich in der rechten Leistengegend eine ungefähr gänseeigrosse Bruchgeschwulst, die sich durch zahlreiche Unebenheiten und Knötchen auszeichnete und die für eine Inquinalhernie mit Netz als Inhalt diagnostizirt wurde. Bei der Operation wurden einige Kubikcentimeter seröser Flüssigkeit aus dem Bruchsack entleert. Der Bruchsack selbst war besonders in seinen unteren Parthien verdickt und mit zahlreichen grösseren und kleineren Knötchen besetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose. Der ergriffene Bruchsack wurde entfernt. Nach einem Jahre liess sich beim Operirten keine tuberkulöse Erscheinung mehr nachweisen (Haegler).

Haegler veröffentlichte auch die beiden Fälle von Remedi und die von Southam. Von den beiden ersteren ist Wenig bekannt.

15. In dem ersten, von Remedi beobachteten, Falle handelte es sich um eine Bruchsacktuberkulose, die neben einer Infiltration der Lungenspitzen bestand.

16. Im zweiten Falle handelte es sich um Bauchfell- und Bruchsacktuberkulose.

17. Southam beobachtete einen 21 Jahre alten Mann, der vor drei Jahren an Hämoptoe gelitten hatte und bei dem sechs Jahre vorher ein rechtsseitiger Leistenbruch auf-

getreten war. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Grund des Bruchsackes tuberkulös entartet war und dass hier Verwachsungen mit eben so beschaffenem Netz stattgefunden hatten. Netz, Hoden, sowie Bruchsack wurden entfernt, worauf dann Heilung erfolgte. Neun Monate später war der Operirte frei von irgend welcher tuberkulöser Erkrankung.

18. Das zweitemal beobachtete Southam bei einem sechs Jahre alten, sehr schwächlich aussehenden und erblich belasteten Knaben einen rechtsseitigen Leistenbruch, der seit sechs Monaten bestehen sollte. Bei der Operation fand sich der Bruchsack leer und dessen Innenfläche mit Tuberkeln besetzt. Der tuberkulöse Bruchsack wurde entfernt. Nach sechs Monaten liess sich am Operirten nirgends mehr Tuberkulose nachweisen.

19. Bei einem vier Jahre alten Knaben zeigte sich die linke Skrotalhälfte als gut hühnereigrosser, fluktuirender Tumor. Derselbe verschwand bei Druck auf das Skrotum, indem der Inhalt der Geschwulst in die Bauchhöhle zurückwich. Die unteren Parthien des nun leeren Sackes fühlten sich rauh und höckerig an. Die Diagnose wurde auf Tuberkulose des Bruchsackes gestellt. Nach der Eröffnung des Bruchsackes fand sich sowohl dieser, als auch das Bauchfell mit Tuberkeln bedeckt. Heilung erfolgte.

An diese, theils von Bruns, theils von Haegler veröffentlichten Fälle, reihen sich die in letzter Zeit von Tenderich in der »Deutschen Zeitschr. f. Chirurgie« 1895 mitgetheilten und an der chirurgischen Klinik zu Greifswalde beobachteten Fälle.

20. Bei einem $3^3/_4$ Jahre alten Knaben, an dem hereditär nichts nachzuweisen war, trat eine Vergrösserung der vorher normalen, rechten Skrotalhälfte auf; dabei bestand ein

immerwährend schlechter Werden des Aussehens. Bei der Untersuchung des zart gebauten und ziemlich anämisch aussehenden Knaben waren Herz und Lungen gesund, der Urin frei von pathologischen Bestandtheilen; der Unterleib zeigte sich etwas aufgetrieben, im Abdomen befand sich eine grössere Flüssigkeitsansammlung.

Die rechte Skrotalhälfte besass die Grösse eines Hühnereies; die Geschwulst war von weicher Konsistenz und liess sich bei von allen Seiten gleichmässig ausgeführtem Druck leicht in die Bauchhöhle zurückschieben. Im Stehen kam jedoch die in die Bauchhöhle zurückgeschobene Geschwulst rasch wieder zum Vorschein, während dieses im Liegen sogar beim Husten nicht der Fall war. Die Geschwulst erschien nicht transparent. Beide Hoden, Nebenhoden und Samenstränge waren unverändert.

Die Diagnose wurde auf Skrotalhernie gestellt, mit Netz oder Darm als Inhalt, in der sich in Folge des gleichzeitig bestehenden, durch Bauchfelltuberkulose bedingten Ascites Flüssigkeit angesammelt hat.

Bei der in Chloroformnarkose erfolgten Operation entleerte sich aus dem eröffneten Bruchsacke eine gelbliche, leicht sanguinolente Flüssigkeit. An der Innenfläche des Bruchsackes fanden sich zahlreiche, grauröthliche, ungefähr stecknadelkopfgrosse Knötchen. Beim Vordringen des Fingers in den Leistenkanal fand sich das parietale Bauchfell ebenfalls mit derartigen Knötchen besetzt, die Darmschlingen aber frei. Der Bruchsack und mit diesem der Hoden wurden entfernt. Die mikroskopische Untersuchung sicherte die bereits gestellte Diagnose.

Vier Wochen nach der Operation konnte der Knabe als geheilt entlassen werden; ungefähr zwei Jahre lang (bis November 1891) war das Befinden desselben ein sehr gutes;

dann aber traten immer deutlichere Zeichen von Lungentuberkulose auf (Februar 1892), bis der Tod eintrat (Mai 1892).

21. Der weitere Fall, den Tenderich berichtet, handelt von einem sieben Jahre alten Knaben aus nicht tuberkulöser Familie. Derselbe besass eine Vergrösserung des Hodensackes, die für einen Bruch angesehen und vergebens durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Bei der Untersuchung dieses gracil gebauten und anämisch aussehenden Knaben waren Herz, Lunge und Leber frei; der Harn zeigte keine pathologischen Bestandtheile. Der Bauch war etwas aufgetrieben. Die linke Skrotelhälfte stellte eine rundliche, pralle, fluktuirende, etwa hühnereigrosse Geschwulst dar, die keine Transparenz aufwies. Der Inhalt des Hodensackes liess sich bei Anwendung eines allseitigen, gleichmässigen Druckes leicht in die Bauchhöhle zurückschieben; man fühlte dann im Innern des Hodensackgrundes Höcker und Unebenheiten in grosser Anzahl. Der reponirte Hodensackinhalt blieb beim Liegen in der Bauchhöhle zurück; jedoch im Stehen, beim Husten oder Pressen nahm der Hodensack wieder allmählich die oben angegebene Grösse an. Die Diagnose wurde auf Bauchfelltuberkulose und Tuberculosis herniosa gestellt.

Die Geschwulst wurde durch einen ungefähr 10 cm langen, am äusseren Leistenring beginnenden Längsschnitt eröffnet, wobei sich ungefähr $^1/_2$ Liter einer serösen, etwas blutig gefärbten Flüssigkeit entleerte. Nach vollständiger Eröffnung des Hodensackes fand sich die Innenfläche desselben bis in den Leistenkanal hinauf mit zahlreichen, etwa hirsekorngrossen röthlich-grauen Knötchen besetzt, die bei der mikroskopischen Untersuchung das Bild von miliaren Tuberkeln zeigten. Nach einer Injektion von 50 ccm einer 10 % Jodoformglycerinlösung in die Bauchhöhle wurde der

gesunde Hoden und Nebenhoden, da seine Trennung vom tuberkulösen Bruchsack nicht möglich war, mit diesem mitexstirpirt und die Wunde vernäht. Die Wundheilung erfolgte ohne Störung, so dass der Operirte nach acht Tagen als geheilt entlassen werden konnte.

Das Allgemeinbefinden war in der ersten Zeit nach der Entlassung kein zufriedenstellendes; der Appetit war schlecht, der Schlaf nicht gut; die Körpertemperatur betrug 37° bis 39°. Gute Luft jedoch und gute Ernährung führten bald Besserung herbei, die sich zusehends steigerte, so dass nach acht Monaten der Vater des Knaben völlige Genesung mittheilen konnte.

22. Der dritte Fall, der aus der Greifswalder Klinik berichtet wird, betrifft eine 54jährige Frau, die mit einem rechtsseitigen, brandigen Schenkelbruch behaftet war. Dieselbe gab bei ihrer Einlieferung in die Klinik an, seit fünf Tagen Erbrechen, Stuhlverhalten und Schmerzen in dem seit Jahren bestehenden, stets reponibel gewesenen rechtsseitigen Bruche zu haben. Nach Reposition desselben und Anlegen eines Bruchbandes sei jedoch nicht die geringste Besserung erzielt worden. Bei der Untersuchung der etwas schwächlich aussehenden, ziemlich kollabirten Frau fand sich rechterseits, unterhalb des Poupart'schen Bandes, innen von den grossen Gefässen, eine hühnereigrosse, fluktuirende, schmerzhafte Geschwulst; es besteht Kotherbrechen, Stuhlgang und Abgang von Winden sind nicht vorhanden.

Bei der Operation gelangte man nach Durchtrennung der Haut auf einen schwärzlich, blutig verfärbten Bruchsack. Nach dessen Eröffnung fand man den Darm (Dünndarm) an der eingeschnürten Stelle nekrotisch und mit einer Perforationsöffnung versehen, ausserdem zahlreiche Verwachsungen zwischen Darmschlinge und Bruchsack, die

gelöst werden mussten. Die Serosa des Darmes war mit zahlreichen, kleinen, hirsekorngrossen, grauen Knötchen besetzt. Der Darm, der ausserhalb der Bauchhöhle lag, wurde an der Oberschenkelhaut fixirt und so nach Erweiterung der Perforationsstelle ein künstlicher Anus geschaffen, aus dem eine reichliche Menge dünnflüssigen Kothes abging. Nach Einlegung eines Gummirohres wurde die Patientin verbunden, so dass durch das Rohr der Koth abging. Die mikroskopische Untersuchung lässt an den Knötchen miliare Tuberkel erkennen. Heilung erfolgte; nach $^1/_2$ Jahr liess sich bei der Operirten keine tuberkulöse Erkrankung mehr nachweisen.

Der jüngste Fall nun, der an der chirurgischen Klinik zu München im Sommersemester lf. Jahres beobachtet und von Herrn Professor Angerer operirt wurde, soll im Folgenden eingehender geschildert werden. Ich bezeichne diesen Fall mit Nr. 23.

23. Ein 34 Jahre alter Arbeiter kam am 17. Juni 1896 in die hiesige chirurgische Klinik mit der Angabe, er sei seit seiner Geburt mit einem Bruche behaftet; derselbe sei jedoch nie in den Hodensack herabgetreten, nur bei Husten und Pressen habe sich eine kleine Hervorwölbung in der linken Leistengegend gebildet. Vor ungefähr vier Wochen nun sei plötzlich in Folge eines kräftigen Hustenstosses im Hodensacke eine Geschwulst aufgetreten, die nach Verlauf einiger Tage die Grösse zweier Mannsfäuste erreichte. Wiewohl heftige Schmerzen hiemit verbunden waren, arbeitete der Patient trotzdem noch sechs Tage weiter — in der Ruhe verspürte Patient keine Schmerzen —. Dann aber suchte er das Krankenhaus in Kufstein auf, wo er längere Zeit in Behandlung stand und die Geschwulst bis zur jetzigen Grösse zurückging. Stuhlgang trat nie auf ohne künstliche

Nachhilfe (Klysmen), auch nicht im Krankenhause. Erbrechen war damals nicht vorhanden. Patient sei niemals krank gewesen, seine Mutter an Lungenleiden gestorben; am heutigen Tage sei zum erstenmale Stuhl spontan aufgetreten.

Status praesens: Der Leib des etwas angegriffen aussehenden Patienten ist etwas meteoristisch aufgetrieben; die linke Skrotalhälfte wird von einer sich hart anfühlenden Geschwulst eingenommen, die sich als sehr harter Strang in den Leistenkanal verfolgen lässt. Auch oberhalb des Leistenringes, als Fortsetzung des Stranges, zieht sich unterhalb des musculus obliguus abdominis eine harte Resistenz hin. An der Kuppe des Tumor ist der atrophische Hoden zu fühlen, in der unteren Hälfte geringe Fluktuation wahrzunehmen (Hydrocele). Der Schall ist über der Geschwulst im Scrotum und an der unteren seitlichen Bauchgegend leer; die Geschwulst ist glatt, nicht durchscheinend, die Haut verschieblich und intakt; Druckempfindlichkeit ist nicht vorhanden. Bei der Tags darauf vorgenommenen Operation wurde eine Spaltung über dem äusseren Leistenring bis zum Skrotum gemacht; es zeigten sich hiebei die accessorischen Schichten stark schwartig verdickt und unter einander verklebt. Nach Durchtrennung sämmtlicher Schichten findet sich die Innenfläche des Bruchsackes mit zahlreichen kleinen Knötchen übersät; Bruchwasser findet sich keines vor, dagegen ein klumpiges, hartes Gebilde, das sich als verändertes Netz erkennen lässt. Dasselbe ist ebenfalls mit zahlreichen Tuberkelknötchen bedeckt. Der Strang, der sich in den Leistenkanal und in die Bauchhöhle hinzieht, zeigt auf dem Querschnitt dasselbe Aussehen (Spaltung des Leistenkanals und des musculus abdominis internus zum Theil). Der Tumor wurde vom Strang abgetrennt und die

blutende Durchtrennungsstelle mit Catgutnaht umstochen. Die accessorischen Schichten wurden zum Theil mit einer Parthie des Bruchsackes excidirt. Der Hode war gesund, etwas atrophisch aussehend auf der Kuppe der Geschwulst. Es erfolgte Tamponade; keine Naht.

18.—23. VI. Allmähliches Abfallen der Temperatur von 39,0° auf 36,3°; spontan kein Stuhl.

24. VI. Ansteigen der Temperatur auf 38,3° und Auftreten von Erbrechen.

25. VI. Abermaliges Abfallen der Temperatur auf 36,3°; Aussehen der Wunde ist gut; fast kein Belag.

26.—29. VI. Afebrile Temperaturen, die zwischen 36,8° und 36,4° schwanken.

30. VI. Sekundärnaht.

1. VII. Morgens $^1/_2$7 Uhr traten nach heftigem Husten plötzliche Collapserscheinungen auf: Puls kaum fühlbar, kalter Schweiss. Campherinjektion.

2.—7. VII. Patient erholt sich; Husten besteht jedoch noch fort; afebrile Temperaturen, die zwischen 37,0° und 36,7° schwanken.

8. VII. Rechts hinten unten Dämpfung und abgeschwächte Athmungsgeräusche; bei Nacht viel Husten und in Folge dessen einmal Erbrechen; kein Auswurf.

9.—24. VII. Allgemeinbefinden gut; afebrile Temperaturen.

25. VII. Husten mit Auswurf; Patient magert sehr ab.

26. VII.—26. VIII. Keine auffallenden Erscheinungen; afebrile Temperaturen.

27. VIII. Aus der Tiefe der noch 0,8 cm langen Wunde fliesst immer noch Eiter ab, doch ist die Sekretion geringer als früher. Tumoren im Abdomen sind nicht zu konstatiren; kein Ascites.

Patient verlangte gegen ärztlichen Rath Entlassung; er wurde entlassen.

19. II. 97. Durch die gütige Mittheilung des Herrn Kollegen Dr. Rabel von Eichendorf, in dessen Behandlung sich Leeb seit seiner Entlassung aus dem Krankenhause befindet, konnte ich Folgendes in Erfahrung bringen, wofür ich ihm meinen besten Dank ausspreche. Bei der am 17. II. 97. von ihm vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgender Befund: Temperatur 38,8 °, Puls 120, Athmung 44; Auswurf wenig, dick, gelblich-grau, brockig; Husten gering, nicht schmerzhaft; keine Nachtschweisse, keine Diarrhöen, Appetit gering, Durst mässig. Patient klagt über Schmerzen in den Eingeweiden, besonders im Dickdarm, beide Füsse sind geschwellt, Schmerz in den Unterschenkeln; leichter Decubitus in der Kreuzbeingegend.

Die Lungengrenzen sind nach unten verschoben; links vorn oben Dämpfung; über den rechten Lungenflügeln vorn und hinten tymponitischer Perkussionsschall; links vorn oben Bronchialathmen, links unten feuchtes Rasseln.

Die Operationswunde ist jetzt in rascher Heilung begriffen, nachdem sie bis zur letzten Woche durchaus keine Neigung hiezu zeigte. Die Wunde ist noch 3 cm lang und 2 cm breit, die frischen Granulationen überragen leicht den Wundrand. Links neben der Wurzel des Penis ist eine kleine, nässende Fistelöffnung.

Die Wunde wird zur Zeit mit Carbolwasser gereinigt und dann mit Dermatol-Bor-Vaselin verbunden.

Innerlich erhält Patient Pilul. tenent. Solveol. 0,15 pro die 5 Stück.

Da die Kräfte des Patienten schon ziemlich verfallen sind, so ist an eine Genesung desselben nicht zu denken,

vielmehr wird derselbe in absehbarer Zeit an Tuberkulose zu Grunde gehen.

Bei diesen bis jetzt beobachteten 23 Fällen fand sich demnach Tuberkulose 15 mal bei Leistenbrüchen, 4 mal bei Schenkelbrüchen und 1 mal bei einem Ovarialbruch; bei drei tuberkulösen Brüchen ist die Art derselben nicht bekannt.

Sucht man nach der Lokalisation der Tuberkulose, so findet man, dass 13 mal der Bruchsack allein mit Tuberkeln besetzt war, 4 mal der Bruchinhalt allein und 6 mal Bruchsack sowohl als Bruchinhalt. Es ergibt sich daraus, dass der Bruchsack am häufigsten befallen war, da er unter den 23 Fällen 19 mal, davon 13 mal allein tuberkulös entartet war. Doch lässt sich daraus keineswegs der Schluss ziehen, dass bei gleichzeitiger Tuberkulose von Bruchinhalt und Bruchsack ein Uebergreifen von letzterem aus stattgefunden hat, wie Bruns an dem von ihm mitgetheilten Falle dargethan, an dem er bestimmt erkennen konnte, dass der Bruchsack erst nachträglich durch eine Tuberkulose des Netzes in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Bruns hat auch den Nachweis geliefert, »dass die Tuberkulose der Hernien als primäre Erkrankung auftreten kann, dass sie aber in der Regel Theilerscheinung einer allgemeinen Bauchfelltuberkulose ist,« gegenüber den Ansichten Lejars und Jonnesco, die »die Tuberkulose der Hernien für eine rein lokale Erkrankung und jedenfalls für den primären Herd der Bauchfelltuberkulose hielten.« Die nun in jüngster Zeit veröffentlichten Fälle erschüttern keineswegs die von Bruns aufgestellte Behauptung.

Hinsichtlich des Alters der betroffenen Personen vertheilen sich die bis jetzt bekannten 23 Fälle auf folgende Altersstufen:

auf das 1. bis 10. Lebensjahr treffen 6 Fälle!
„ „ 10. „ 20. „ „ 1 Fall;
„ „ 20. „ 30. „ „ 3 Fälle;
„ „ 30. „ 40. „ „ 3 „
„ „ 40. „ 50. „ „ 1 Fall;
über das 50. Lebensjahr treffen 4 Fälle.

Unbekannt ist das Alter in 5 Fällen; das Kindesalter weist demnach die höchste Ziffer von tuberkulöser Erkrankung der Brüche auf.

Scheidet man die Fälle noch nach dem Geschlechte aus, so findet man, dass auf das männliche weit mehr zu stehen kommen, als auf das weibliche; während nämlich beim ersteren der Bruch 15 mal tuberkulös entartet ist, tritt diese Erscheinung nur 4 mal beim letzteren zu Tage, wenn man von den vier Fällen absieht, bei denen das Geschlecht nicht ermittelt ist. Der Grund hievon mag darin zu suchen sein, dass beim männlichen Geschlechte in Folge erhöhter Körperanstrengung auch die gewöhnlichen Brüche weit häufiger sind, als beim weiblichen.

Sehr schwierig ist bei diesen tuberkulösen Erkrankungen die Stellung der Diagnose. Nur 3mal ist es gelungen, in den bisher bekannten 23 Fällen am Lebenden dieselbe richtig anzugeben, nämlich in den Fällen 13, 19 und 21. In allen übrigen konnte sie erst nach Ausführung der Herniotomie oder bei der Obduktion gestellt werden. Als Ursache hiefür gibt Tenderich, der hierüber genauere Betrachtungen angestellt hat, eine zu schwach ausgeprägte »Charakteristik der Symptome, die Seltenheit der Erkrankung selbst und die sich hieraus ergebende Unkenntniss mit den klinischen Erscheinungen, auch da, wo der Symptomenkomplex eine bestimmtere Form angenommen hat,« an. In den eben oben erwähnten drei Fällen war die Stellung der

Diagnose dadurch erleichtert, dass sich Flüssigkeit im Bruchsack vorfand, die, wie im Falle Bruns, nach einer Probepunktion Tuberkel aufwies, oder die, wie in den beiden anderen Fällen, durch eine Kommunikation mit der Bauchhöhle beim Liegen des Patienten in dieselbe zurücktrat und selbst bei heftigen Hustenstössen nicht mehr zum Vorschein kam, dagegen beim Stehen des Patienten sich sogleich wieder bemerkbar machte. Alle anderen Fälle aber, die bei der Palpation des Bruchsackes derbe, hökerige Gebilde und Unebenheiten allein aufwiesen, liessen leicht andere Erkrankungen, wie Sarkom und Carcinom, vortäuschen. In der Mehrzahl der Fälle treten auch Höker und Unebenheiten nicht zu Tage; dieses gilt besonders von allen Fällen, die im Anfangsstadium begriffen sind und wo dann Bruchsack oder Bruchinhalt mit ganz kleinen Knötchen bedeckt sind; in diesen Fällen unterscheidet sich dann die tuberkulose Hernie in nichts von einer gewöhnlichen. Die Diagnose auf Tuberkulose wird daher bei den Brüchen in der Mehrzahl der Fälle äusserst selten sicher zu stellen sein.

Was die Therapie der tuberkulösen Brüche anlangt, so wurde in den vorher erwähnten 23 Fällen 15 mal ein operativer Eingriff gemacht. Hiebei genügte es manchmal, wie im Falle 11, wo Bruchinhalt, Netz und Darmschlingen normal waren, dagegen aus dem Bruchsack und der Bauchhöhle eine grössere Menge gelblicher Flüssigkeit sich entleerte, dem Exsudat Abfluss zu verschaffen und durch die wunderbare Wirkung der Lichtstrahlen auf das tuberkulöse Bauchfell Heilung zu erzielen. In den meisten Fällen aber, wo Bruchsack oder Bruchinhalt oder beide zusammen tuberkulös entartet waren, musste radikaler vorgegangen und die sämmtlichen erkrankten Theile entfernt werden.

Der Erfolg nun, der hiedurch erzielt wurde, ist, wie

man aus dem Folgenden ersehen wird, als ein sehr günstiger zu bezeichnen. Gestorben sind von den 15 Operirten nur drei, nämlich die Fälle 6, 12 und 20. Fall 6 starb zwei Tage nach der Operation; Fall 12 nach einem Jahre, nachdem Generalisation der Tuberkulose eingetreten war; Fall 20 erfreute sich zwei Jahre lang der besten Gesundheit und es liessen sich an ihm nicht die geringsten Spuren von Tuberkulose nachweisen. Nach einem Influenzaanfalle jedoch traten immer deutlichere Symptome von Lungentuberkulose auf, woran er sechs Monate später zu Grunde ging. Von den übrigen 12 Fällen musste einer, Fall 23, gegen ärztlichen Rath, da die Operationswunde noch nicht vollständig geheilt war, auf Verlangen aus zweimonatlicher Behandlung entlassen werden und wird derselbe in nicht zu ferner Zeit an Tuberkulose zu Grunde gehen; bei vier Fällen, nämlich bei 8, 9, 13 und 19 ist nichts Näheres bekannt, als dass die Operationswunde geheilt ist. Bei den übrigen sieben trat vollständige Heilung ein und zwar war bei Fall 18 nach 6 Monaten, bei Fall 22 nach 7, bei Fall 21 nach 8, bei Fall 17 nach 9, bei Fall 14 und 11 nach 12 Monaten, und bei Fall 7 nach 22 Monaten nicht irgend welche tuberkulöse Affektion mehr nachweisbar.

Zum Schlusse sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrath Prof. Dr. O. Angerer, für die gütige Zuweisung des Themas meinen herzlichsten Dank auszusprechen.